

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

No

315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 Juillet, à 1 heure

Par FERNAND KUHN,

Né le 20 Novembre 1859, à Strasbourg.

DU TRAITEMENT DES KÉRATITES

Et en particulier

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. G. SÉE, Professeur.

*Juges : MM. { PETER, professeur.
 { HANOT et QUINQUAUD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		DUPLAY.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		TARNIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
Clinique médicale.....		STRAUSS.
Maladies des enfants.....		SÉE (G.)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....		PETER.
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		BALL.
Clinique d'accouchement.....		FOURNIER.
		CHARCOT.
		RICHEL.
		VERNEUIL.
		TRELAT.
		LE FORT.
		PANAS.
		N.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	REYNIER.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomi-	RIBEMONT-DESS.
BOUILLY.	HUTINEL.	ques.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	JALAGUIER.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JOFFROY.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	RECLUS.	
DEJERINE.	PEYROT.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend en donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAITRES.

A MON MAITRE ET AMI : LE D^r A. DEHENNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE,

Commandeur de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de médecine.

DU TRAITEMENT DES KÉRATITES

ET EN PARTICULIER

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

AVANT-PROPOS

Pendant plus d'une année que nous venons de passer à la clinique ophthalmologique du docteur Dehenne, nous avons remarqué que, parmi les affections oculaires, les lésions de la cornée occupaient une large place (1). Or, si ces affections sont nombreuses, nombreux aussi sont les traitements employés pour les guérir. Nous nous proposons, dans ce travail, d'exposer quels moyens doivent être employés pour enrayer rapidement la marche des kératites ou pour en amener la guérison. Plusieurs publications ont déjà paru, indiquant la marche à suivre dans le traitement, non de toutes les kératites, mais de telle ou telle sorte de kératite en particulier.

(1) Le deuxième rang dans le tableau des maladies oculaires classées par ordre de fréquence (*Dict. de Jaccoud*).

Aussi, nous avons pensé qu'il serait intéressant de présenter en quelques pages sur l'ensemble des kératites les modes de traitement que nous voyons employer tous les jours et dont nous avons pu apprécier les bons effets.

Le traitement que nous employons dans les affections de la cornée est médical (1) et chirurgical, tantôt médical seulement, tantôt les deux sont associés. Nous insisterons surtout sur le traitement chirurgical qui, dans la plupart des cas, doit occuper le premier rang. Bien qu'il ait été déjà employé, nous ne croyons pas qu'il le soit d'une façon méthodique et voulue. Pour nous, nous le considérons comme un des meilleurs agents de la thérapeutique oculaire.

Nous devons tout d'abord témoigner notre profonde reconnaissance à M. le docteur Dehenne pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard et pour les conseils qu'il nous a si obligeamment donnés pour la confection de ce travail.

Que M. le professeur Germain Sée veuille bien accepter ici l'hommage de notre gratitude, c'est à son savant enseignement que nous devons le meilleur de nos connaissances médicales. Nous le remercions, en outre, de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions également notre ami E. Cherbuliez pour l'obligeant concours qu'il nous a toujours prêté.

(1) Par médical nous entendons le traitement local (collyres, lotions, etc.) et le traitement général.

INTRODUCTION

Au point de vue du traitement, nous diviserons, avec M. le docteur Dehenne, les kératites en trois grandes classes.

1^o Kératites superficielles (phlycténulaire, vésiculeuse, pustuleuse, herpétique, en bandelette, etc.) que l'on rencontre fréquemment dans l'enfance.

2^o Kératites interstitielles.

3^o Kératites ulcéreuses (traumatiques et non traumatiques, à hypopyon, etc.)

Nous commencerons, dans chaque classe, par décrire les formes les plus fréquentes, puis nous en indiquerons le traitement ; nous résumerons ensuite, pour chaque classe en particulier, la méthode employée et nous la ferons suivre des observations qui serviront à appuyer nos dires.

Mais avant d'entrer en matière, nous croyons bon de rappeler d'une façon succincte l'anatomie de la cornée. Ce sera le sujet de notre premier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DE LA CORNÉE

La cornée est la partie qui forme le pôle antérieur de l'œil, le pôle postérieur étant constitué par l'expansion du nerf optique. Elle occupe le sixième antérieur du globe oculaire.

Sa circonférence étant taillée en biseau, elle se trouve enchassée dans la sclérotique comme un verre de montre dans sa sertissure.

Au point de vue de sa composition, la cornée est formée de cinq parties. En allant de dehors en dedans nous trouvons :

1° L'épithélium antérieur qui est la continuation directe de l'épithélium conjonctival. C'est un épithélium pavimenteux stratifié; les cellules profondes sont cylindriques, les moyennes polygonales, les supérieures aplaties et lamelleuses.

2° Une lame élastique antérieure. Cette membrane excessivement mince n'est qu'une dépendance de la membrane propre. Certains auteurs la considèrent comme ayant une existence indépendante.

3° La membrane propre de la cornée. Elle est composée d'une substance fondamentale et d'éléments cellulaires.

La substance fondamentale est composée de lamelles parallèles à la surface de la membrane, devenant de plus en plus fines.

Les derniers éléments paraissent être formés par des fibrilles disposées parallèlement dans les lamelles. Entre les lamelles existent des lacunes. Certains auteurs ont regardé ces lacunes comme un système de canaux anastomosés traversant toute l'épaisseur de la cornée. (Bowman).

Les éléments cellulaires sont de deux espèces :

1° Les uns, cellules fixes, corpuscules étoilés de la cornée, sont des cellules à noyau dont les prolongements s'anastomosent fréquemment entre eux; 2° les autres, globules migrants de Recklinghausen sont analogues aux globules lymphatiques et situés dans les lacunes de la substance fondamentale qu'ils parcourent en divers sens.

4° La lame élastique postérieure (membrane de Demours ou de Descemet). C'est une membrane de sept millièmes de millimètres d'épaisseur très transparente, élastique, facilement isolable de la cornée.

5° L'épithélium postérieur. Il est formé par une couche simple de cellules polygonales à noyau arrondi.

Vers les bords de la cornée (limbe), ces différentes couches subissent quelques modifications.

L'épithélium antérieur augmente d'épaisseur, tan-

dis que la lame élastique antérieure se confond avec le derme de la conjonctive. Quant aux fibres de la cornée, elles se continuent sans interruption avec les faisceaux de la sclérotique, en changeant seulement d'aspect, de façon que la séparation des deux membranes est tout à fait artificielle. La lame élastique postérieure, en approchant du limbe, s'épaissit et va s'attacher par des fibres externes à la face interne du canal de Fontana, tandis que les autres se réfléchissent de la cornée sur l'iris et forment le ligament pectiné. La cornée ne contient pas de vaisseaux. Les capillaires de la conjonctive et de la sclérotique forment des anses qui dépassent à peine le limbe de la cornée.

La cornée reçoit quarante à quarante-cinq troncs nerveux provenant du plexus ciliaire et passant de la sclérotique dans la cornée. Ces nerfs perdent bientôt leur enveloppe et leur moelle et ainsi réduits à leur cylindre-axe, ils deviennent tout à fait transparents. Ils forment des plexus dans l'épaisseur de la cornée, plexus d'autant plus fins qu'ils sont situés dans les couches antérieures.

Les opinions sont partagées sur leurs terminaisons. Cependant, d'après des recherches récentes, ces nerfs se termineraient de deux façons : 1° les uns, nerfs de la membrane propre, ne sortent pas de la couche moyenne et, d'après Kühne, entreraient en contact avec les corpuscules étoilés de la cornée (nerfs trophiques?); 2° les autres, nerfs sensitifs, envoient des filets qui, après avoir traversé les trous de la lame

élastique antérieure, pénètrent dans la couche épithéliale antérieure et se terminent par des extrémités libres entre les cellules épithéliales les plus superficielles.

CHAPITRE II

DES KÉRATITES

L'on entend par kératite, le trouble apporté dans la transparence de la cornée, dont il atteint les éléments propres. Trois processus peuvent faire perdre à la cornée sa transparence. Ce sont : 1  l'infiltration; 2  l'abcès; 3  l'ulcère. Nous dirons quelques mots de chacune de ces affections.

Infiltration de la cornée. — Le trouble produit par l'infiltration se présente avec une délimitation incomplète. Cette infiltration est constituée par une quantité plus ou moins considérable de cellules lympho ides qui se répandent dans la trame cornéenne. Mais ce qui caractérise l'infiltration, c'est que les éléments de la cornée ne subissent aucun changement morbide.

L'infiltration peut disparaître sans laisser de traces, elle peut aussi déterminer une altération indélébile. L'étendue et le siège en sont variables, il y a une infiltration diffuse ou circonscrite, profonde ou superf -

cielle. Plus l'infiltration est superficielle, plus elle est circonscrite, plus elle est profonde, plus elle a de tendance à devenir diffuse et à acquérir les caractères d'une infiltration parenchymateuse.

L'irritation produite dépend du siège de l'infiltration. Si elle est superficielle et circonscrite, il existe de vives douleurs (par suite de la compression des nerfs). Si l'infiltration est profonde, elle est indolente. (Dans ce cas les terminaisons nerveuses sont détruites.) L'issue et la terminaison de l'affection ne sont nullement influencées par le siège de l'infiltration et par le degré d'irritation qu'elle produit. En général, les infiltrations superficielles ont de la tendance à s'ulcérer, les profondes, non.

Abcès cornéen. — L'abcès se produit lorsque l'infiltration marche avec rapidité et entraîne la destruction des cellules cornéennes. Il a plus de tendance à se circonscire et moins à se vasculariser que l'infiltration. Comme l'abcès détruit les cellules de la cornée, même après guérison, il reste des traces indélébiles. Dans l'abcès, la chambre antérieure contient du pus, dans l'infiltration, jamais. L'abcès superficiel est accompagné de douleurs ; il y en a moins dans l'abcès profond. La marche de l'abcès est lente et il se termine ordinairement par ulcération.

Ulcère de la cornée. — L'ulcère de la cornée est caractérisé par la perte de la substance cornéenne. Il y a trois périodes dans l'ulcère : 1° période d'évolu-

tion ; 2° état stationnaire ; 3° période de réparation. A ces trois périodes correspondent trois états différents : 1° la première période est douloureuse. Les bords de l'ulcération présentent des contours irréguliers, dentelés, le fond de l'ulcération est opaque. 2° à la période d'état, les bords perdent leur forme déchiquetée ; quelquefois se développent des vaisseaux. 3° dans la troisième période, les douleurs diminuent. Les bords s'arrondissent, le fond devient lisse, l'ulcération se cicatrise mais reste opaque. Comme la cicatrisation se fait d'une façon irrégulière ou incomplète il se produit à la surface de la cornée des facettes très visibles à l'éclairage latéral.

Ces trois types inflammatoires que nous venons de décrire, ne se rencontrent pas toujours avec cette pureté dans la clinique. Ils présentent, au contraire, des variétés diverses, résultant de ce que ces différents types se confondent plus ou moins les uns avec les autres. Ce sont ces mélanges qui constituent l'affection que l'on nomme kératite.

En général, la kératite se montre d'autant plus fréquemment que l'on est plus près de l'enfance et de l'adolescence : exception est faite cependant pour les kératites ulcéro-phagédéniques par suite de traumatisme que l'on rencontre au contraire presque toujours chez les adultes (1). Deux ordres de causes, en effet, interviennent dans l'étiologie des kératites ; les

(1) Cela tient, comme nous l'indiquerons plus loin, à l'état des voies lacrymales.

unes internes telles que la scrofule, le rhumatisme, la syphilis héréditaire donnent lieu à des kératites qui se montrent principalement chez les enfants et les adolescents ; les autres externes, telles que les traumatismes, engendrent des kératites qui se montrent chez les sujets de tout âge.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut nous divisons les kératites en trois classes : 1^o kératites superficielles ; 2^o kératites interstitielles ; 3^o kératites ulcéreuses. Nous ne décrirons point toutes les variétés de kératites qui composent ces groupes. Nous choisirons dans chaque classe celles qui se rencontrent le plus fréquemment ou qui présentent le plus d'intérêt.

Ainsi parmi les kératites superficielles, nous choisirons la kératite phlycténulaire et la kératite en bandelette ; parmi les kératites interstitielles la kératite interstitielle d'origine syphilitique héréditaire ; parmi les kératites ulcéreuses, nous décrirons trois variétés, nous attachant particulièrement à la kératite ulcérophagédénique traumatique.

CHAPITRE III

KÉRATITES SUPERFICIELLES

Le caractère essentiel de ces kératites est d'envahir les couches superficielles de la cornée. De plus dès le début de l'affection, l'on voit souvent se développer des vaisseaux anormaux. Ces kératites se rencontrent principalement dans l'enfance et l'adolescence. Elles sont la manifestation d'un état général affaibli.

Une des causes étiologiques de cette affection sur laquelle nous appelons l'attention car elle joue au rôle très important, c'est le mauvais état des culs-de-sac conjonctivaux, des conduits lacrymaux et des fosses nasales. Aussi notre premier soin, lorsque nous nous trouvons en présence d'une kératite est de nous assurer de l'état d'intégrité de ces différents organes; car, s'ils sont malades, malgré les soins les plus assidus et les plus énergiques que l'on apporte dans le traitement de la kératite, cette dernière mettra un temps infiniment long à guérir et les récurrences seront fréquentes. C'est pourquoi dans le traitement des kéra-

tites nous accordons une place importante au traitement des culs-de-sacs conjonctivaux, des conduits lacrymaux et des fosses nasales. Nous indiquons plus loin en quoi consiste ce traitement.

Le nombre des kératites superficielles est assez considérable; nous y rencontrons en effet les kératites phlycténulaire, vésiculeuse, pustuleuse, panniforme, en bandelette etc; aussi nous nous contenterons de dire quelques mots des kératites phlycténulaire et en bandelette.

KÉRATITE PHLYCTENULAIRE

Soit au centre de la cornée, soit à la périphérie, l'on aperçoit, au début de cette affection, une ou plusieurs petites opacités de couleur grisâtre formant de petites proéminences pointues et sphériques. Généralement cette affection s'accompagne de douleurs ciliaires, d'une photophobie assez intense ainsi que de larmoiement. Ces symptômes sont d'autant plus marqués que la couche épithéliale a plus souffert. L'on rencontre aussi quelquefois une injection sous-conjonctivale, mais en général la conjonctive n'est que faiblement touchée dans cette sorte de kératite.

Les changements apportés dans la trame cornéenne consistent dans une infiltration de leucocytes sous la couche épithéliale. Il peut se présenter deux cas, ou bien il y a une simple infiltration, ou bien une des-

truction des éléments cornéens. De là deux apparences distinctes : dans l'infiltration l'on aperçoit une teinte grise ; lorsqu'il y a destruction des éléments et par conséquent lorsqu'il existe un petit abcès, la coloration de la partie envahie est jaunâtre.

Mais la phlyctène ne conserve pas toujours les caractères que nous venons de décrire, elle perd souvent la pureté de son type inflammatoire en se vascularisant. L'on voit alors des vaisseaux droits et très superficiellement situés se rendre à la phlyctène. Il ne faut pas confondre cette vascularisation avec la vascularisation de la kératite en bandelette. Dans cette dernière forme la vascularisation reste très circonscrite et forme une bande étroite qui se rend directement vers la partie infiltrée. En outre, cette partie rarement s'exulcère et l'injection périkeratique est fort peu accusée dans le reste du pourtour de la cornée. Dans la kératite phlycténulaire l'infiltration n'est pas gonflée et ne fait pas de relief comme dans la kératite en bandelette. De plus cette infiltration n'est pas poussée pour ainsi dire en avant par les vaisseaux, comme dans cette dernière forme.

En général, un des caractères de la kératite phlycténulaire est la tendance à récidiver ; cela tient à l'état des culs-de-sac conjonctivaux, des voies lacrymales et des fosses nasales. Aussi la marche et la terminaison de cette affection se trouvent par cela même modifiées. En effet, par suite de poussées successives, la cornée peut finir par être complètement recouverte de taches indélébiles constituant des taies, des leucômes

nécessitant souvent une opération chirurgicale (Iridectomie).

Une deuxième modification peut être observée dans la marche de cette maladie. L'apparence clinique peut être absolument changée par le fait d'une poussée successive de plusieurs phlyctènes très rapprochées et de leur transformation en abcès et en ulcères (perforation, staphylôme partiel.) Les récidives déterminent quelquefois par injection périkeratique intense le développement de foyer d'épisclérite. Les rechutes répétées amènent également la formation d'une conjonctivite folliculeuse et même quelquefois d'un catarrhe conjonctival assez intense pour faire croire à une ophthalmie purulente. (Ophthalmie strumeuse).

Étiologie. — Cette affection se rencontre le plus souvent chez les enfants jusqu'à l'âge de 20 ans. Quant à son origine, les uns la mettent sur le compte de la scrofule, d'autres prétendent que ce n'est qu'une manifestation d'un état lymphatique. Pour nous, nous n'avons pas à entrer dans des discussions à ce sujet, nous pensons que la kératite phlycténulaire se développe sur un terrain affaibli soit par scrofule, soit par lymphatisme, soit pour toute autre cause. Nous avons déjà indiqué, et nous le rappelons pour y insister, que l'état des culs-de-sacs conjonctivaux, des voies lacrymales et des fosses nasales joue un très grand rôle dans l'étiologie, la persistance et la récurrence de cette affection.

Traitement. — Tout d'abord nous devons dire que

nous proscrivons d'une façon absolue de notre thérapeutique oculaire les insufflations de poudres irritantes et le bandeau compressif. « La poudre de calomel « protochlorure de mercure) projetée sur le globe de « l'œil amène une hypersécrétion lacrymale abondante (chlorure sodique) d'où formation rapide « d'un bichlorure d'autant plus actif et corrosif qu'il « est à l'état naissant (1). » Une observation récente vient à l'appui de notre manière de voir (2).

Quant au bandeau compressif nous le trouvons beaucoup plus nuisible qu'utile. En effet, ce bandeau n'est applicable qu'aux traumatismes graves dans lesquels l'on a la crainte de voir l'œil se vider au moindre mouvement du patient ou à la suite d'opérations ayant produit une large brèche à la cornée (cataracte, etc.). Dans les autres cas, il est une cause d'inflammation par la rétention des larmes, des mucosités et des produits de sécrétions, rétention qui amène une violente irritation de l'œil.

(1) Dehenne, *Traumatismes oculaires*. *Union médicale*, 1888.

(2) M. G..., se trouvant au mois de mars dans le midi, a une poussée de kératite probablement d'origine traumatique. Il consulte un oculiste qui prescrit des insufflations avec de la poudre de calomel. Voyant au bout de trois ou quatre jours que son état au lieu de s'amender empirait et qu'il ressentait des douleurs très vives, M. G... revint à Paris. Nous le vîmes alors, l'œil était rouge, injecté, douloureux, et présentant une vaste ulcération centrale. L'on fit cesser immédiatement les insufflations de calomel. Le lendemain le malade allait mieux, il avait moins souffert. L'on pratiqua alors une cautérisation ignée, l'ésérine fut prescrite. Il y eut rapidement une amélioration sensible et au bout de huit jours M. G... guérit.

Notre traitement est local et général.

A. *Traitement local.*

- 1° $\mathcal{Z}$ Sulfate neutre d'ésérine... 0,40 centigr.
Eau distillée..... 20 grammes.

Faire trois instillations par jour à la dose de quatre à cinq gouttes chaque fois.

L'ésérine est quelquefois mal supportée et ne produit pas l'effet que l'on en attend, on la remplace alors par l'atropine à la même dose.

2° Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude étendue de moitié d'une solution boriquée à 3 0/0.

3° Appliquer un vésicatoire volant derrière l'oreille du côté malade.

4° Lunettes fumées forme coquille teinté n° 3. Si la photophobie est intense, nous prescrivons le collyre suivant :

- $\mathcal{Z}$. Chlorhydrate de cocaïne. 0,40 centigr.
Eau distillée..... 20 grammes.

Instiller quatre fois par jour cinq à six gouttes chaque fois.

5. Cautérisation de la phlyctène avec le thermo-cautère.

La kératite phlycténulaire a quelquefois une durée fort longue. Aussi lorsque, après trois ou quatre jours de traitement (atropine ou ésérine, lotions chaudes, etc.), la photophobie persiste aussi intense, lorsque l'enfant ne dort pas, pour enrayer immédiatement les

progrès de l'affection et amener une détente immédiate et complète, il suffit de toucher la phlyctène avec la pointe fine du thermo-cautère. Tout rentre alors dans l'ordre, l'enfant dort, la photophobie cesse et deux ou trois jours après il ne reste plus trace de la maladie. L'opération est d'ailleurs indolore, grâce à l'emploi de la cocaïne, et de plus inoffensive.

6. Badigeonnage des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième, avec neutralisation par de l'eau salée ; lavages des voies lacrymales et des fosses nasales avec une solution boriquée à 3 0/0 ou une solution de sublimé au 1/3000.

La phlyctène créant par le fait même de la desquamation épithéliale de la cornée une porte d'entrée aux organismes inférieurs contenus dans les culs-de-sac conjonctivaux, les voies lacrymales et les fosses nasales, il est tout indiqué de les détruire sur place. Dans toute kératite, indépendamment du traitement de l'organe malade lui-même, il est indispensable de soigner les voies lacrymales, les fosses nasales, les culs-de-sac conjonctivaux.

7. Lorsque l'injection périkeratique a diminué, l'on emploie la pommade suivante que l'on insère une fois par jour (gros comme une tête d'épingle) entre les paupières :

℥. Précipité jaune...	0,05 centigr.
Vaseline pure...	20 grammes.

B. *Traitement général.*

Ce dernier ne doit jamais être négligé, il consiste en fortifiants, huile de foie de morue ou sirop antiscorbutique à la dose d'une ou deux cuillerées par jour. Nous nous sommes également très bien trouvés de la préparation suivante :

℥. Vin de Malaga . . . 500 grammes.

Poudre d'ipéca . . . 1 gr. 50 centigr.

Prendre un verre à liqueur avant chaque repas.
Promenades et exercices au grand air. Hygiène.

KÉRATITE EN BANDELETTE

Une autre forme de kératite qui se présente très fréquemment est la kératite en bandelette. Cette affection se rencontre surtout dans l'enfance et elle est accompagnée d'une photophobie intense, et souvent de douleurs ciliaires assez vives.

Cette kératite commence par une pustule occupant le centre de la cornée; de cette pustule partent des vaisseaux qui vont, en divergeant, aboutir au limbe cornéo-sclérotical. Ils forment ainsi un triangle dont le sommet occupe le centre de la cornée et la base la périphérie. Quelquefois deux triangles partent de la pustule centrale et ainsi couvrent la plus grande partie de la cornée.

L'on comprend qu'il y a nécessité d'agir vite, afin

d'éviter l'infiltration de la cornée et la persistance d'un leucôme indélébile. Le traitement par l'atropine et la pommade jaune peuvent rendre des services, mais il est insuffisant pour enrayer la marche de la maladie. Le seul traitement qui soit réellement efficace est la cautérisation avec la pointe fine du thermo-cautère. Mais il ne suffit pas de toucher avec le thermo-cautère les vaisseaux développés sur la cornée, il faut rompre toute connection des vaisseaux cornéens avec les vaisseaux de la sclérotique. Lorsque les vaisseaux sont détruits à temps, il ne reste pas trace du passage de la kératite, tandis qu'au contraire si l'on attend il restera sur la cornée un vaste leucôme indélébile. Donc le traitement de cette forme de kératite, outre les moyens ordinaires (collyres à l'ésérine, lotions chaudes, traitement général), doit consister surtout dans l'emploi du thermo-cautère et cela de la façon que nous avons indiquée (1).

Nous devons ajouter que dans une forme assez fréquente de kératite, la kératite panniforme, le traitement par le thermo-cautère réussit merveilleusement (Granulations) (2).

(1) Nous avons remarqué que de deux kératites semblables, mais l'une soignée par le traitement médical, l'autre par l'intervention chirurgicale, celle qui était traitée chirurgicalement guérissait beaucoup plus vite que l'autre.

(2) Dehenne, *Traitement des granulations par le thermo-cautère*. *Union Médicale*, 1884.

CHAPITRE IV

Nous résumons ci-dessous le traitement des kératites superficielles :

1^o Instillations d'un collyre à l'ésérine (1).

2^o Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude boriquée.

3^o Application de vésicatoires volants derrière les oreilles.

4^o Lunettes fumées forme coquille. Si la photophobie est intense, instillation d'un collyre à la cocaïne.

5^o Traitement chirurgical par la cautérisation au moyen du thermo-cautère.

6^o Traitement général.

7^o Traitement antiseptique des culs-de-sac conjonctivaux, des voies lacrymales et des fosses nasales.

(1) D'une façon générale, pour le traitement des kératites l'on peut toujours faire le raisonnement suivant : Si l'affection de la cornée paraît moins grave que les synéchies postérieures pouvant résulter de l'emploi de l'ésérine, il faut prescrire l'atropine. Si l'affection de la cornée paraît plus grave que la formation des synéchies il est de toute indication de prescrire l'ésérine. (Dehenne, *Traitement des kératites. Union médicale*, 1883.)

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous aurions pu citer un grand nombre d'observations de kératites phlycténulaire, vésiculeuse, pustuleuse, etc. Nous nous bornons à ne rapporter qu'une observation de kératite phlycténulaire. Car toutes les observations que nous pourrions citer ne seraient que la répétition de celle que nous rapportons.

Obs. I. — M^{le} B..., âgée de 8 ans, est amenée à la Clinique au mois d'avril 1889. Elle est atteinte de kératite phlycténulaire de l'œil droit. L'on constate en effet que des phlyctènes multiples font le tour de la cornée. Plusieurs phlyctènes se trouvent sur la cornée même. Il existe une photophobie intense ainsi que des douleurs vives. Depuis trois semaines elle était en traitement dans une autre Clinique sans avoir retiré aucune amélioration du traitement qu'on lui faisait suivre. Après avoir insensibilisé l'œil avec la cocaïne, l'on touche chaque phlyctène avec la pointe fine du thermo-cautère et l'on prescrit des instillations d'ésérine. Dès le lendemain l'on constatait une amélioration notable. La photophobie ainsi que les douleurs avaient disparu. Quatre jours après nouvelles cautérisations des phlyctènes non détruites par la

première cautérisation. Dix jours après la guérison était complète. En même temps que l'on avait institué le traitement par l'ésérine, les lotions chaudes et la cautérisation, l'on avait eu soin de nettoyer les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième. Actuellement la guérison se maintient, d'autant que l'on a eu la précaution de faire soigner les fosses nasales.

Obs. II. — Le jeune L..., âgé de 12 ans, se présente à la Clinique en mars 1889. Il est atteint de kératite en bandelette de l'œil droit. Une bandelette double recouvre une bonne moitié de la cornée. Il souffre de l'œil depuis deux mois et jusqu'alors tout traitement a échoué. Il existe de la photophobie intense et des douleurs vives. L'on constate un développement vasculaire considérable. L'on pratique une cautérisation avec le thermo-cautère en ayant soin de séparer par des pointes de feu les vaisseaux de la cornée des vaisseaux de la sclérotique. La cautérisation est répétée trois fois en huit jours. Dès la première cautérisation, la vascularisation, la photophobie et les douleurs diminuèrent puis disparurent rapidement. Il persiste un leucôme superficiel qui de jour en jour va en diminuant. Actuellement la pupille étant couverte par des opacités cornéennes, il sera nécessaire de pratiquer une iridectomie optique. Si le malade avait été traité plus tôt chirurgicalement il est plus que probable que l'on n'aurait pas eu à pratiquer une nouvelle opération.

Obs. III. — Le jeune X..., âgé de 8 ans, vient à la Clinique en mars 1889. Il est atteint de kératite en bandelette de l'œil droit avec une pustule très développée occupant le quart de la cornée. Il existe de la photophobie, des douleurs ainsi qu'un écoulement catarrhal intense de la conjonctive. L'affection remonte à près de deux mois environ. Il a été traité jusqu'alors sans résultat. L'on pratique une cautérisation ignée. Après la première cautérisation l'on constate une améliora-

tion sensible. La photophobie et les douleurs ont notablement diminué. Au bout de cinq cautérisations la guérison a été obtenue. Il sera néanmoins nécessaire de pratiquer une iridectomie optique par suite de la présence d'un leucôme qui tient à la longue durée de l'affection.

Obs. IV. — Le jeune B..., âgé de 6 ans, est amené au mois de mai 1889 à la Clinique, portant à l'œil gauche une kératite en bandelette remontant à huit jours. Il existe de la photophobie et des douleurs. L'on pratique immédiatement une cautérisation avec le thermo-cautère et l'on institue le traitement local (ésérine, lotions chaudes). Rapidement la vascularisation disparaît; les douleurs et la photophobie cessent. Actuellement le malade est guéri, la cornée s'est éclaircie. Il existe encore un petit leucôme consécutif à la vascularisation, mais il disparaît depuis quinze jours avec une telle rapidité qu'il y a lieu de croire que l'on ne sera pas obligé de pratiquer une iridectomie, et cela grâce à ce que le traitement chirurgical a pu être employé assez tôt.

L'on peut voir, par ces observations, qu'un des premiers effets de la cautérisation ignée est de faire disparaître rapidement la photophobie qui existe parfois d'une façon si intense que les malades, même dans l'obscurité la plus complète, continuent encore à souffrir. Les douleurs cessent également dans un temps très bref. Nous devons de plus faire remarquer que chez tous ces malades les culs-de-sac conjonctivaux ont été fréquemment nettoyés avec la solution de nitrate d'argent neutralisée de façon à ce que la cornée ne se trouve jamais en contact avec le collyre métallique.

CHAPITRE VI

KÉRATITES INTERSTITIELLES

Kératite interstitielle hérédo-syphilitique.—Nous décrirons dans la classe des kératites interstitielles la kératite hérédo-syphilitique. La kératite interstitielle acquise n'est pas encore suffisamment démontrée pour que nous nous croyions en droit de lui consacrer un chapitre spécial.

La kératite hérédo-spécifique a reçu bien des dénominations diverses : kératite interstitielle diffuse (Velpeau), kératite interlamellaire (A. Sichel), kératite disséminée (Desmares), cornéite scrofuleuse (Mackensie), kératite hérédo-syphilitique (Hutchinson), kératite cachectique (Panas).

La kératite interstitielle est une inflammation caractérisée par des opacités grisâtres qui se répandent plus ou moins rapidement sur toute la surface de la cornée. L'opacité est uniforme. Avec le docteur Dehenne, nous lui reconnaissons deux formes bien distinctes : la pre-

mière est la forme torpide ; nous appellerons la deuxième forme irritative.

Dans le premier cas, la cornée blanchit, elle devient opaque, se *porcelainise* presque complètement. Il ne reste qu'une petite ligne de portion transparente à la périphérie. Ce travail d'opacification se fait assez rapidement, en quelques jours ; mais, en revanche, il se défait lentement. Au bout de plusieurs mois apparaît à l'union de la cornée et de la sclérotique un petit lacis de vaisseaux très serrés. A l'œil nu, il n'est guère possible de les séparer les uns des autres, ils affectent plutôt l'aspect d'une tache hémorragique. L'on ne reconnaît leur forme qu'à un fort grossissement. Ils finissent par s'infiltrer entre les lames de la cornée et l'œil perd son aspect de verre dépoli.

La seconde forme est alors constituée. Nous devons dire cependant que cette dernière forme est plutôt primitive, car la forme torpide est assez rare. Les opacités sont alors entremêlées de taches rouges. Lorsque l'on examine l'œil à l'éclairage latéral, et qu'à l'aide d'une forte loupe, l'on envoie sur la cornée une grande quantité de lumière, l'on parvient quelquefois à percer par places le voile opaque qui recouvre la cornée. L'on peut constater alors que le processus inflammatoire n'est pas limité à la cornée. La chambre antérieure paraît plus profonde et floconneuse, la pupille est rétrécie et irrégulière, l'iris décoloré. Des exsudats jaunâtres se déposent à la partie la plus déclive de la chambre antérieure et même sur la membrane de Descemet. Une irido-choroïdite

séreuse accompagne alors la kératite interstitielle. C'est là, du reste, une complication fréquente mais non constante.

Dans la forme torpide il n'y a ni photophobie, ni larmoiement, ni douleurs. L'attention du malade n'est attirée que par la diminution lente et graduelle de la vision. Cette marche sourde de la maladie constitue un caractère de gravité important, car le malade tarde à se faire soigner et lorsqu'il s'y décide le mal a déjà fait d'importants ravages.

Dans la forme irritative, les symptômes douloureux sont très marqués. La photophobie est souvent intense, l'œil est larmoyant et douloureux spontanément à la pression. Dès le début, l'on rencontre une injection conjonctivale et un cercle périkeratique assez intense. Tout travail devient impossible au malade et cette situation peut durer des mois, des années, malgré le traitement le plus énergique (1).

La kératite interstitielle commence généralement par un œil. Très souvent les deux yeux sont pris en même temps, mais le plus souvent ils sont atteints l'un après l'autre. Elle débute rarement avant l'âge de 11 ans ; après 25 ans, elle devient rare ; c'est donc une maladie de l'adolescence. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle a son maximum de fréquence de 11 à 20 ans. Quant à sa constitution anatomique, les recherches histologiques ont démon-

(1) Une autre forme a été décrite par le docteur Abadie sous le nom de kératite maligne. Elle est caractérisée par une marche plus envahissante et est rebelle à tous les agents thérapeutiques.

tré qu'il s'agit d'une infiltration de corpuscules lymphatiques dans l'interstice des faisceaux fibrillaires dissociés. La durée moyenne de cette affection est de six à dix mois. Hutchinson cite un cas où l'éclaircissement de la cornée se fit en moins de deux mois et Galezowski un autre où il n'eut lieu qu'en deux ans (1).

Son étiologie est assez obscure. Les uns avec Mackensie la rattachent à la scrofule, les autres comme le veut Hutchinson la considèrent comme une manifestation de la syphilis héréditaire. M. le professeur Panas, sous le nom de kératite cachectique, la considère comme une manifestation de l'état d'affaiblissement de l'organisme. D'après une autre théorie, ce ne serait qu'un trouble de nutrition analogue aux arrêts de développement et pouvant être produit par des influences diverses, parmi lesquelles la syphilis héréditaire aurait une large part.

Pour nous, nous la considérons comme une manifestation de la syphilis héréditaire. Dans presque tous les cas, en effet, nous avons trouvé la tare héréditaire. Presque toujours, nous avons rencontré avec la manifestation oculaire les signes spécifiques indiqués par Hutchinson, la surdité et la malformation des dents. Les quelques cas où nous n'avons pu trouver trace d'hérédité spécifique ne sauraient en rien infirmer cette manière de voir. Dans sa thèse inaugurale, Lavergne (Paris, 1887), sur 50 cas de kératite intersti-

(1) Lavergne, Th. Paris, 1887.

tielle, trouve 44 fois des signes plus ou moins nets d'hérédité spécifique. Dans 32 cas, il n'y a pas de doute, dans 12 elle est encore fort supposable ; dans 6, il n'existe aucune preuve en sa faveur.

Comme moyen de traitement, l'on a proposé le sirop de Gibert, l'iodure de potassium, les frictions mercurielles, les instillations d'atropine, les lotions chaudes. Tous ces moyens sont excellents et nous y avons recours. Mais, lorsque la maladie a traîné pendant un mois ou deux sans présenter d'amélioration sensible, il faut intervenir chirurgicalement et pratiquer une iridectomie. L'on conseille en général de ne pas pratiquer cette opération pendant le cours de la maladie, à moins de complication de choroïdite antérieure. Pour nous, nous n'hésitons pas à pratiquer une iridectomie presque dès le début de l'affection. L'iridectomie, en effet, guérit la kératite interstitielle en quelques jours et donne des guérisons rapides et durables. Cette opération est d'ailleurs inoffensive, peu douloureuse et ne demande que quelques jours de repos.

Si l'on a affaire à un enfant, l'on peut attendre à la rigueur, car la kératite guérit souvent par le traitement général (iodure de potassium, sirop de Gibert, frictions mercurielles) et le traitement local (atropine, lotions chaudes, pommade hydrargirique, etc.). La nécessité de l'intervention chirurgicale est donc rare chez l'enfant. A partir de l'âge de 12 ans, lorsque l'affection a duré plus de six mois, il faut intervenir chirurgicalement. Cette manière de voir est basée sur

de nombreux exemples. Chez l'adulte, l'intervention est indiquée au bout d'un mois.

Le traitement que nous employons et dont nous avons pu apprécier *les résultats* satisfaisants est le suivant :

1^o Instillations trois fois par jour de quatre à cinq gouttes chaque fois du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine, . . . 0,10 centigr.

Eau distillée 20 grammes.

2^o Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude.

3^o Frictions sur la cornée avec la pommade suivante employée par le docteur Abadie :

Mercure, lanoline. — Parties égales.

Vaseline pure. — Un quart.

4^o *Traitement général* : Sirop de Gibert à la dose de une à deux cuillerées à bouche par jour (cuillerées à dessert pour les enfants) iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour, frictions mercurielles, huile de foie de morue.

Mais chez l'adulte qui a besoin de travailler pour vivre et qui a hâte de guérir vite le meilleur traitement, en outre du traitement médical qui doit toujours être suivi, est le traitement chirurgical.

L'opération de choix est l'iridectomie. La sclérotomie produit bien une amélioration, mais n'amène pas un éclaircissement assez rapide. Depuis 1884, l'iridectomie a été pratiquée une trentaine de fois à la clinique du docteur Dehenne et toujours les résultats ont été satisfaisants. Dans sept ou huit cas, l'on avait

eu recours d'abord à la sclérotomie, mais on a été obligé d'intervenir de nouveau au moyen d'une iridectomie qui, seule, a donné l'éclaircissement demandé.

Nous savons que l'on a prétendu que le traitement de la kératite par l'iridectomie n'était pas une nouveauté. Cependant nous avons eu l'occasion de voir des malades qui avaient consulté de nombreux oculistes tant à Paris qu'en province, et jamais aucun d'eux n'a proposé l'iridectomie qui, dans tous les cas où nous l'avons vu pratiquer, a donné des résultats si parfaits.

CHAPITRE VII

En résumé, le traitement des kératites interstitielles est le suivant :

A. *Traitement local.*

1° Instillation d'un collyre à l'atropine trois fois par jour ;

2° Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude ;

3° S'il existe de la photophobie, lunettes fumées forme coquille ; si la photophobie est intense, instillation, quatre à cinq fois par jour, d'un collyre à la cocaïne au 1/20°

4° Traitement chirurgical par l'iridectomie (surtout chez l'adulte) ;

5° Frictions sur l'œil avec de la pommade hydrargirique.

B. *Traitement général.*

1° Sirop de Gibert ;

2° Iodure de potassium ;

3° Huile de foie de morue ;

4° Frictions mercurielles ;

5° Hygiène ; promenades et exercices au grand air.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous pourrions citer une observation de Galezowski où dans un cas de kératite interstitielle double une double iridectomie a été pratiquée ; il y a eu amélioration d'un œil et guérison complète de l'autre (*Recueil d'ophtalmologie*, 1881), une de Carboué qui rapporte dans sa thèse inaugurale (1882), le traitement d'une kératite interstitielle double, une double iridectomie fut pratiquée et la guérison fut complète.

Nous nous contenterons de citer les trois observations suivantes empruntées à la thèse inaugurale du docteur Coppens, en les faisant suivre de nos observations personnelles.

OBS. I. — Kératite à forme torpide guérie en huit jours par une iridectomie (Coppens, thèse 1884. — Résumé).

M^{me} B..., âgée de 30 ans, vient consulter au commencement de juin 1883 pour une affection de la cornée de l'œil droit. La maladie remonte à six semaines et lui a fait perdre la vision. Lorsqu'on l'examine, la cornée est opaque, sans réaction

inflammatoire, il n'y a pas de souffrance. On ne trouve aucun antécédent spécifique ni de son côté, ni du côté de son mari. Il n'existe qu'un seul argument en faveur d'une syphilis quelconque, c'est qu'en l'espace de cinq ans cette dame a eu quatre enfants dont trois sont morts en bas âge, et le quatrième ne paraît pas jouir d'une santé parfaite.

Le traitement spécifique est institué, combiné à l'huile de foie de morue à haute dose. Au bout de six semaines, l'on ne constate pas d'amélioration. Une opération est proposée et acceptée. Le 3 août l'on pratique une iridectomie. Le lendemain l'incision cornéenne est complètement cicatrisée sans que la malade ait souffert. La cornée paraît beaucoup moins opaque et huit jours après elle avait recouvré une transparence parfaite. La vision de cet œil est aussi nette que possible et il ne reste aucune trace de l'infiltration cornéenne.

Obs. II. — Kératite interstitielle à forme irritative. Traitement par l'iridectomie. Guérison rapide et complète. (Coppens, thèse. — Résumé).

M. D..., 28 ans, professeur de mathématiques vient à la clinique dans le courant d'août 1883. Il est atteint de kératite interstitielle à forme irritative qui a débuté au mois de décembre précédent.

Trois ans auparavant, M. D... a été atteint d'une affection cornéenne sur laquelle il ne donne que des détails peu précis. D'après l'interrogatoire l'on ne trouve aucun antécédent syphilitique. Quant à ses ascendants il ne peut donner aucun renseignement.

Dès que M. D... se vit malade il alla consulter et fut soumis au traitement spécifique dans toute sa rigueur jusqu'au mois d'août. Le docteur Dehenne lui proposa une iridectomie qui fut acceptée. Du traitement général l'on ne conserva que l'huile de foie morue. Dès le lendemain de l'opération la cornée

avait perdu son aspect flou. Les phénomènes irritatifs, le larmolement, la photophobie disparurent rapidement. Les douleurs cessèrent aussitôt. Quinze jours après la cornée était redevenue complètement transparente.

M. D... partit en vacances et revint guéri en octobre. Il put reprendre les leçons qu'il avait été forcé d'abandonner.

Obs. III (Coppens. Thèse. Résumé). — M^{lle} X..., 24 ans, couturière, vient à la Clinique au mois d'août atteinte de kératite interstitielle de l'œil droit, à forme irritative dont le début remonte à trois mois. Depuis cette époque, il lui a été impossible de travailler. Sur la cornée de l'œil gauche l'on voit des taches anciennes, vestiges de kératites pustuleuses à répétition. Elle est soumise au traitement spécifique, quoique les renseignements qu'elle fournit soient des plus vagues. Au bout d'un mois, il n'y a pas d'amélioration dans l'état local. L'iridectomie est alors pratiquée. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

L'on voit par ces observations de quelle efficacité est le traitement chirurgical dans les kératites interstitielles. Les observations suivantes ne sont pas moins probantes :

Obs. IV. — M^{lle} J..., institutrice, âgée de 35 ans, se présente à la consultation en avril 1887. Elle est atteinte de kératite interstitielle double. Les cornées sont tellement infiltrées que non seulement elle ne peut plus lire ni écrire, mais elle éprouve même de grandes difficultés pour se conduire. A l'époque où elle vint à la Clinique de M. Dehenne elle était déjà en traitement depuis plusieurs mois. Les antécédents spécifiques

héréditaires ne sont pas douteux. On lui proposa, lorsqu'elle vint consulter, une intervention chirurgicale qui fut acceptée. Une double iridectomie fut pratiquée. Contrairement à l'attente, l'amélioration fut très lente à se produire, l'on apprit alors qu'elle était enceinte et qu'elle se trouvait dans le sixième mois de sa grossesse (cet état physiologique avait donc apporté un grand retard dans la guérison). Elle revint se montrer un mois après et l'on constata une amélioration très sensible, la cornée commençait à s'éclaircir. Quelque temps après la guérison fut complète, et actuellement il ne reste pas de trace de l'affection. Nous avons eu récemment de ses nouvelles et la guérison s'est parfaitement maintenue.

Obs. V.— M^{lle} P..., âgée de 12 ans, est amenée à la Clinique en février 1888. Elle est atteinte d'une kératite interstitielle double. Les antécédents syphilitiques héréditaires sont très nets chez la malade, sa sœur plus jeune qu'elle est également atteinte d'accidents hérédosyphilitiques. Depuis dix-huit mois elle était soignée et elle suivait un traitement général et local. Le jour même où elle vint consulter, l'on proposa à ses parents une intervention chirurgicale qui fut acceptée. L'on pratiqua immédiatement une double sclérotomie, pensant que cela serait suffisant pour amener un éclaircissement des cornées. L'enfant, au moment où l'on pratiqua la sclérotomie, avait une infiltration telle des cornées qu'il lui était impossible de lire. Comme au bout d'une dizaine de jours la sclérotomie n'avait pas donné les résultats que l'on espérait, il fut décidé que l'on aurait recours à une double iridectomie, ce qui fut fait. Rapidement les cornées s'éclaircirent et actuellement la malade peut parfaitement se servir de ses yeux.

Obs. VI. — M^{lle} D..., 17 ans, vint consulter au mois de février 1889. Elle était atteinte d'une kératite interstitielle

double. L'on ne put, malgré un long et sérieux interrogatoire découvrir chez elle les antécédents de la syphilis héréditaire. Elle avait déjà été traitée tant à Paris qu'en province, mais jusqu'alors elle n'avait pas retiré grand bénéfice des traitements qu'elle avait suivis. On lui proposa alors une intervention chirurgicale qui seule pourrait amener une amélioration dans son état ; elle accepta. Une double iridectomie fut pratiquée et rapidement l'amélioration se fit sentir. Les cornées s'éclaircirent et aujourd'hui la malade est guérie.

Tous ces exemples, et nous pourrions en rapporter encore un grand nombre, démontrent d'une façon absolue que seuls le traitement général et le traitement local par les collyres et les pommades ne suffisent pas pour guérir la kératite interstitielle. Il faut y joindre le traitement chirurgical.

CHAPITRE IX

KÉRATITES ULCÉREUSES

Les kératites ulcéreuses se présentent en clinique sous trois formes distinctes :

1° Kératite ulcéro-serpigineuse marginale, sans dacryocystite et sans traumatisme antérieur ;

2° Kératite ulcéreuse marginale ou centrale non traumatique ;

3° Kératite ulcéro-phagédénique avec dacryocystite et traumatisme antérieur.

Nous dirons quelques mots des deux premières, nous attachant surtout à décrire la troisième, qui est la plus importante par ses lésions, la rapidité de sa marche et par son traitement.

1° *Kératite ulcéro-serpigineuse marginale.* — Cette kératite ne reconnaît pas pour cause un traumatisme et ne s'accompagne pas de dacryocystite. Elle commence par une ulcération qui occupe le bord de la cornée. Le caractère spécial de cette ulcération est de s'étendre très rapidement en profondeur, en largeur et en hauteur ; aussi la cornée peut

être envahie complètement et l'ulcération faisant le tour de la cornée peut la détacher de son insertion comme l'on enlève un verre de montre de sa sertissure. C'est donc une affection grave, car en cinq ou six jours la cornée peut se nécroser et l'œil se vider. Aussi, faut-il intervenir énergiquement. Le traitement médical peut rendre service, mais l'ésérine et les lotions chaudes sont impuissantes à arrêter les progrès du mal.

Il faut au traitement médical joindre le traitement chirurgical qui seul peut enrayer la maladie. Ici encore l'instrument de choix sera le thermo-cautère, avec la pointe fine duquel on pratiquera des cautérisations non seulement sur l'ulcère lui-même, mais tout autour, pour enrayer sa marche envahissante.

Kératite ulcéreuse marginale ou centrale. — Cette forme ne reconnaît également pas pour cause un traumatisme et n'est non plus accompagnée de dacryocystite. Elle n'est, en somme, qu'une variété de la précédente, mais beaucoup moins grave en ce que l'ulcération s'étend en profondeur et non en hauteur ; par conséquent l'on n'a pas à craindre que la totalité de la cornée soit envahie.

Outre le traitement médical (ésérine, lotions chaudes), cette affection est justiciable du traitement chirurgical par le thermo-cautère qui hâte la guérison et évite les perforations (1).

(1) Certains ophtalmologistes donnent à ces formes le nom de kératite trophique.

Ces deux formes précédentes se rencontrent surtout dans l'adolescence et l'âge mûr. Elles reconnaissent pour cause un état général affaibli et débilité.

KÉRATITE ULCÉRO-PHAGÉDÉNIQUE- TRAUMATIQUE

Cette affection a reçu différentes dénominations : kératite à hypopyon (Roser), kératite centrale phagédénique (de Græfe), *ulcus serpens corneæ* (Sœmisch), kératite infectieuse (Lebert), ulcère rongeant, kératite des moissonneurs, etc. La marche de cette maladie est essentiellement progressive ; par la rapidité de son évolution elle aboutit inévitablement à l'infiltration suppurée de la cornée et à la perforation. Deux éléments caractérisent cette kératite : la formation d'un ulcère et la présence de pus dans la chambre antérieure. Deux opinions ont été émises sur la formation de l'hypopyon. Le pus provient de deux sources. D'une part l'altération de la cornée gagne en profondeur, perfore la membrane de Descemet et déverse dans l'humeur aqueuse un pus épais : d'autre part, dans toute affection de la cornée l'iris s'enflamme et les vaisseaux iridiens laissent transsuder à travers leurs parois une grande quantité de globules qui ne tardent pas à remplir la chambre antérieure.

Cette affection débute avec une apparente innocuité. Généralement au centre de la cornée se montre une petite perte de substance entourée d'un côté d'un

croissant bleuâtre composé de plusieurs rangées de points ou de stries blanchâtres. L'ulcère grandit de plus en plus. A l'éclairage oblique l'humeur aqueuse n'a plus sa transparence habituelle, mais elle paraît troublée. Un des caractères importants de cette affection, c'est la marche rapide de l'infection ; en deux ou trois jours toute la cornée peut être prise. Puis se fait une perforation. A la suite de celle-ci, dans certaines formes, la transparence peut réapparaître. Mais généralement dans la kératite ulcéro-phagédénique éclate une panophtalmie où le plus souvent un large staphylome opaque ; l'œil est alors perdu pour la vision.

Les phénomènes irritatifs peuvent varier d'intensité.

En général, cependant, les débuts s'accusent par une grande sensibilité qui persiste jusqu'au moment de la perforation. Alors se produit un grand apaisement.

Etiologie. — On l'observe surtout dans les classes pauvres et pendant les chaleurs. Pour faciliter le développement de la maladie, il faut une lésion de la cornée et la présence d'une substance infectante. A propos de la présence des corps capables de léser la cornée, le docteur Despagnet a présenté des observations intéressantes (compte rendu de la clinique du docteur Galezowski). Il fait remarquer que les corps étrangers minéraux n'amènent qu'une suppuration peu étendue, limitée au point d'implantation ; tandis que les autres, animaux et végétaux (ces derniers principalement), entraînent la nécrose de la cornée presque

entière. Les raisons de cette différence dans les effets sont que les corps étrangers organiques sont irréguliers, ils produisent par conséquent des plaies à bords déchiquetés; ils se gonflent par imbibition des liquides de l'œil, se décomposent facilement et amènent le développement de produits septiques virulents.

Quant à la présence d'une substance infectante, cette dernière est fréquemment fournie par la sécrétion des voies lacrymales, par celle de la conjonctive et par les dépôts de la blépharite. Elle se développe en effet, surtout chez les vieillards, car ils sont principalement atteints d'affections des voies lacrymales.

« L'éversion sénile de la paupière inférieure, dit le professeur Panas, un larmolement habituel, le catarrhe conjonctival, voire même une blépharite prolongée sont autant de conditions qui favorisent l'infection des plaies aussi chirurgicales qu'accidentelles de l'organe de la vue. » (*Bull. Acad. Méd.*, 1885). L'on peut encore faire intervenir dans l'étiologie la débilité constitutionnelle, le surmenage (quoique en disent certains auteurs), les privations et les excès de tout genre dont il faut tenir compte.

Lorsqu'elle récidive, cette forme de kératite ne se reproduit pas sur les parties cicatricielles, mais sur les parties saines de la cornée.

Le pronostic est d'autant moins grave que la maladie a été soignée plus tôt. Si l'ulcération n'a pas atteint la moitié de la cornée, le traitement chirurgical produit des résultats favorables. Si l'ulcération est vaste, il y a à redouter que toute intervention ne reste

infructueuse. Dans ce cas, l'on doit mettre tous ses soins à conserver une partie de la cornée pour pouvoir pratiquer plus tard une iridectomie.

Traitement. — Le traitement de cette affection est de deux sortes : 1° médical ; 2° chirurgical.

1° Chez l'enfant l'on emploie les instillations d'atropine, les lotions chaudes, les lavages antiseptiques fréquents.

Ces moyens suffisent généralement pour amener la résorption du pus de la chambre antérieure. Quelquefois cependant, il faut instituer le même traitement que chez l'adulte. Le voici : (1)

1° La base du traitement est l'ésérine.

Sulfate neutre d'ésérine..... 0,10 centigr.

Eau distillée 20 grammes.

Faire quatre instillations par jour à la dose de cinq à six gouttes ;

2° Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude ;

3° Application de quatre sangsues à la tempe du côté malade ;

4° Lavages antiseptiques avec du sublimé au 1/3000 instillé à l'aide d'un compte-gouttes six fois par jour.

Tel est le traitement médical. Si, au bout de trois ou quatre jours, il n'y a pas une détente très marquée dans les symptômes, si l'infiltration péri-ulcéreuse

(1) Le traitement que nous indiquons est employé à la clinique du docteur Dehenne, il a paru dans l'*Union médicale*, 1883.

semble s'étendre, il faut avoir recours au traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Plusieurs procédés peuvent être employés :

1^o La paracentèse cornéenne, suivie de lavages antiseptiques. (Ce procédé ne nous paraît pas répondre au but proposé et nous sommes de l'avis de Wecker à qui l'irrigation désinfectante de la chambre antérieure n'inspire qu'une confiance limitée. En effet, l'action du liquide injecté n'est pas assez puissante et le liquide ne séjourne pas assez longtemps dans la chambre antérieure pour détruire les germes (de Wecker, *Annal, d'ocul.*, 1886). La paracentèse a de plus l'inconvénient de créer une nouvelle plaie qui est exposée à être infectée à son tour (Dehenne) ;

2^o L'opération de Scemisch. On sait en quoi consiste cette opération. Avec un couteau de Græfe l'on transfixe l'ulcère en faisant une ponction à un millimètre en dehors et un peu au-dessous du diamètre horizontal de l'ulcération, l'on pratique la contre ponction au point diamétralement opposé. L'on sectionne alors l'ulcération d'arrière en avant et d'un seul coup ;

3^o Les cautérisations ignées (avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère). Dans tous les cas il faut continuer avec soin les instillations d'ésérine et

d'une façon générale le traitement local indiqué plus haut.

Mais avant d'intervenir chirurgicalement il faut soigner soit la blépharite, soit la conjonctive catarhale, soit la dacryocystite. Comme les gens atteints de kératite ulcéreuse ont neuf fois sur dix de la dacryocystite et que la suppuration des voies lacrymales est la cause pour ainsi dire unique de l'affection cornéenne nous commençons par soigner les voies lacrymales et par rendre aseptiques les produits déversés par le sac lacrymal dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Voici comment nous procédons. Les points lacrymaux supérieur et inférieur sont largement débridés. Puis avec une sonde de Bowmann l'on cathétérise le canal de façon à égaliser le conduit et à empêcher la stagnation du pus en arrière des petits rétrécissements qui peuvent se rencontrer. Après quoi l'on procède au lavage du sac avec une solution de sublimé au 1/2000^e étendue de moitié d'eau. Au début l'on fait les lavages deux fois par jour avec une seringue d'Anel.

Le sac lacrymal ayant été bien lavé avec le sublimé, l'on nettoie les culs-de-sac conjonctivaux avec du coton hydrophile trempé dans la solution de sublimé. Après avoir anesthésié la cornée avec le chlorhydrate de cocaïne (au vingtième) l'on procède au traitement chirurgical (1).

Pour nous le traitement de choix est la cautérisa-

(1) Dehenne, *Kératite ulcéro-phagédénique*. Un. méd., 1883.

Kuhn.

tion de l'ulcération à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère. Ce procédé n'est d'ailleurs pas nouveau, mais malgré les nombreuses communications qui ont été faites il ne nous semble pas être encore entré d'une façon définitive parmi les agents de la thérapeutique oculaire.

Gayet de Lyon et Martinache de San-Francisco ont les premiers employé le fer rouge dans les affections oculaires. Les docteurs Coursseran à la Société de chirurgie, Sattler au congrès d'Heidelberg, Georges Martin de Bordeaux au congrès de Milan, Grandenigo de Padoue, Cuder, Armaignac (*Revue d'oculistique du Sud-Ouest*, 1882), se louent des résultats obtenus par ce procédé. MM. de Wecker et Masselon l'ont aussi employé avec succès (1).

Du reste la cautérisation a sur l'opération de Sæmisch un grand avantage, c'est qu'elle peut être appliquée sur la cornée entière à quelque place que se trouve l'ulcération. De plus si l'ulcération se trouve à la périphérie l'opération de Sæmisch devient dangereuse car l'on se trouve au voisinage de la région ciliaire et en opérant l'on peut facilement léser cette région. Or, l'on sait que toute plaie de la région ciliaire entraîne tôt ou tard la perte de l'œil et est en tout cas la source de douleurs violentes. De plus, après l'emploi du thermo-cautère l'infiltration cesse immédiatement de faire des progrès et la cornée reprend rapidement sa transparence, tandis que

(1) Abd-el-Kader-ben-Henni-Jean-Lin, Th. Paris, 1888.

l'opération de Sæmisch laisse presque toujours après elle un leucôme adhérent.

Deux cas peuvent se présenter dans la kératite :

1^o Il y a peu de pus dans la chambre antérieure;

2^o Le pus est très abondant.

Selon que l'on se trouvera en présence de l'un ou de l'autre de ces deux cas le manuel opératoire sera un peu modifié.

Dans le premier cas (la cornée étant insensibilisée avec de la cocaïne, comme nous l'avons indiqué plus haut), l'on touche avec la pointe du thermo-cautère rougie à blanc tous les points de l'ulcération en dépassant même les limites du mal.

Le lendemain l'on constate que la marche de l'ulcération est complètement enrayée et même que les points d'infiltration disséminés sur la cornée en dehors de l'ulcération ont disparu. Après guérison, c'est à peine s'il reste sur la cornée un petit leucôme dont l'étendue atteint à peine le cinquième de celle de l'ulcération primitive. Le plus souvent ce petit leucôme siégeant au-dessous de la pupille ne gêne en rien la vision. Dans le cas où il se trouverait dans le champ de l'ouverture pupillaire l'on pratiquerait une iridectomie optique en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étant donné l'état des voies lacrymales. En général il est préférable de ne pas intervenir trop tôt après la guérison de l'ulcère.

Dans le deuxième cas, lorsque le pus est abondant, le manuel opératoire varie un peu. Après avoir pour ainsi dire badigeonné l'ulcération avec la pointe

fine du thermo-cautère rougie à blanc, l'on termine en enfonçant brusquement la pointe dans la chambre antérieure. Par un mouvement latéral rapide l'on agrandit l'orifice; l'humeur aqueuse est projetée au dehors entraînant le pus avec elle. Cette façon de procéder qui peut paraître dangereuse ne l'est nullement. L'œil supporte merveilleusement le fer rouge. Le lendemain de l'intervention il n'y a plus de pus dans la chambre antérieure. Celle-ci s'est reformée et la cornée a repris sa transparence.

Le point où la cornée a été cautérisée et où s'est faite la perforation chirurgicale, reste seule visible. De jour en jour ce leucôme diminue d'étendue pour disparaître presque complètement au bout de trois à quatre semaines.

Comme adjuvant il est indispensable d'employer le sulfate neutre d'ésérine. De plus l'on fait insérer deux fois par jour entre les paupières gros comme un grain de blé de la pommade suivante :

℥. Sublimé..... 0,02 centigr.

Vaseline pure.... 25 grammes.

Et l'on continue les injections antiseptiques dans les voies lacrymales.

L'ulcère phagédénique de la cornée est une affection très douloureuse. Aussitôt que l'on est intervenu les douleurs cessent. La cautérisation ignée même sans perforation et le sulfate neutre d'ésérine calment les douleurs (1). Le nitrate de pilocarpine, employé

(1) L'instillation d'ésérine détermine chez quelques malades de

dans certains cas comme succédané du sulfate neutre d'ésérine, n'a aucune action curative sur l'ulcère phagédénique ; son emploi n'est donc pas indiqué dans ce cas.

En résumé, en présence de cette affection, la conduite à tenir est la suivante :

1° Débrider les points lacrymaux supérieur et inférieur et irriguer *larga manu* les voies lacrymales avec une solution antiseptique.

2° Laver les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de sublimé au 1/2000.

3° Cautériser toute la surface de l'ulcération à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère rougie à blanc.

4° S'il y a du pus dans la chambre antérieure, perforer la cornée avec la pointe et évacuer le pus.

5° Instiller dans l'œil malade quatre fois par jour cinq à six gouttes d'un collyre à l'ésérine.

violentes douleurs sus-orbitaires qui les empêchent même de dormir. Dans ce cas l'on n'a qu'à prescrire de l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes. Les douleurs cessent et le malade peut facilement reposer.

CHAPITRE X

En résumé, le traitement des kératites ulcéreuses est le suivant: Il faut distinguer les kératites non traumatiques des kératites traumatiques.

Kératites non traumatiques.

- 1° Instillation d'un collyre à l'ésérine.
- 2° Lotions fréquentes d'eau de camomille chaude.
- 3° Lavages antiseptiques.
- 4° Intervention chirurgicale au moyen de cautérisation avec le thermo-cautère.
- 5° Traitement général.

Kératites traumatiques.

Le même traitement que ci-dessus leur est applicable, mais comme ces formes sont presque toujours accompagnées soit de dacryocystite (c'est le cas le plus fréquent), soit de conjonctivite, soit de blépharite, il faut immédiatement soigner les organes qui engendrent ces affections.

CHAPITRE XI

OBSERVATIONS

Obs. I. — Ulcère de la cornée avec hypopyon, guéri par l'emploi de l'ésérine. (Emprunté à la thèse de Gélis : *Contribution à l'étude de l'ésérine dans les abcès et les ulcères de la cornée*. Paris, 1879.)

M. R..., 56 ans, sculpteur.

Tempérament bon. Se présente le 25 juin avec un ulcère opaque de la cornée gauche et un hypopyon (constaté par le D^r Fieuzal) à la suite d'un fragment de marbre qu'il a reçu sur l'œil il y a cinq jours. Le malade n'a appliqué que des compresses d'eau fraîche et comme il n'y a pas d'amélioration il vient à la Clinique. L'on constate beaucoup de photophobie, du larmolement ; la conjonctive est très injectée. Le malade ne voit rien de l'œil gauche.

L'ésérine est ordonnée et le 28 juin, c'est-à-dire trois jours après, l'hypopyon a complètement disparu. Les autres symptômes ont très notablement diminué. Le 11 juillet, l'ulcère est devenu transparent. Il n'y a plus de photophobie ni de larmolement ; la conjonctive est à peine injectée, la vision est presque normale et la réparation continue à se faire d'une manière soutenue qui annonce encore une guérison beaucoup plus rapide que dans les ulcères soignées par l'atropine.

OBS. II. — *Ulcère traumatique de la cornée avec hypopyon guéri par cautérisation ignée.* (Emprunté à la thèse de Passerat. *Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée.* Paris, 1877.)

Claude Clavier, tailleur d'habits, 50 ans, entre dans la salle Saint-Sacerdos, n° 46, service de M. Gayet, le 24 août 1876. Il y a trois semaines le malade dont les antécédents n'offrent rien de particulier, s'est piqué la cornée gauche un peu en dehors de la partie centrale avec un épi de blé; jusqu'à présent pas de soins; il s'est formé lentement, sans grande souffrance, un ulcère qui le force à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Tous les deux tiers de la cornée sont infiltrés de produits blancs laiteux, de consistance pulpeuse. En même temps il y a du gonflement des lames cornéennes. La chambre antérieure contient du pus dans sa partie inférieure. Il existe quelques douleurs périorbitaires. Le 25 août l'abcès est ouvert, gratté avec la pointe d'un stylet de Bowman puis touché avec l'eau chlorée. Ce traitement est continué pendant huit jours en l'absence de M. Gayet. L'amélioration ne se montre pas, au contraire la consistance de la cornée devient de plus en plus pulpeuse.

7 septembre. — Cautérisation au fer rouge; à dater de ce jour l'ulcère s'affaisse, perd la coloration jaunâtre pour devenir grisâtre; il se vascularise et la cicatrisation s'opère sans aucune adhérence irienne.

Le 16, sortie du malade. Leucôme cornéen en voie de résorption. Pas d'adhérence irienne.

25 novembre. — Le malade revient se montrer, le leucôme est complètement formé, il n'empêche pas la vision de ce côté.

Légère conjonctivite palpébrale, pas de douleurs, la pupille se contracte parfaitement.

OBS. III. — (Empruntée à un travail du docteur Dehenne intitulé *Considérations sur les traumatismes oculaires* paru dans l'*Union Médicale* de décembre 1883. Résumé).

M. X..., cultivateur, faisant la moisson, reçut dans l'œil gauche un coup avec un fétu de paille. Dans le premier moment il ressentit une assez violente douleur, mais il se contenta de boucher l'œil avec son mouchoir et continua son travail. Il ne dormit pas de la nuit, ressentit des douleurs intenses dans toute la tête, fut pris de fièvre et vint consulter quatre jours après l'accident.

C'était un homme robuste de quarante-cinq ans, mais alcoolique. Il n'avait eu comme maladies, qu'une fluxion de poitrine cinq ou six ans auparavant. Depuis un mois il se sentait très fatigué; il ne mangeait pas et buvait beaucoup. Au moment où il vint consulter il avait un embarras gastrique très prononcé. Depuis son accident il n'avait pas pu goûter un seul instant de repos.

Il n'y avait pas de larmolement antérieur; en pressant sur la région du sac l'on ne faisait pas sortir une seule goutte de pus. L'œil était rouge, douloureux spontanément et à la pression, l'injection périkeratique était très prononcée et les douleurs périorbitaires très vives.

Une ulcération taillée à pic et remplie de pus occupait le centre de la cornée. Du collyre à l'ésérine au 1/200 fut d'abord instillé. L'on ordonna quatre sangsues à la tempe, un bain de pieds sinapisé et un purgatif énergique. Le lendemain il y avait une amélioration manifeste, qui ne devait pas se maintenir.

Soit que le malade se fût cogné l'œil, soit pour toute autre raison, trois jours après l'ulcération avait gagné en largeur et en profondeur; l'hypopyon s'était élevé dans la chambre antérieure et les douleurs avaient repris de plus belle. C'est alors que l'on toucha le fond et les bords de l'ulcération avec la pointe fine du thermo-cautère. A partir de ce moment, l'ulcération non seulement ne s'étendit plus, mais elle ne

tarda pas à se cicatriser et peu à peu le pus disparut de la chambre antérieure.

Un mois après une iridectomie fut pratiquée et M. X... fut complètement guéri.

Obs. IV. — M. L..., vient consulter en août 1887. Il souffrait de l'œil droit. A l'examen l'on constate une ulcération de la cornée occupant le limbe cornéo-scléral. Cette ulcération fait à peu près le tour des deux tiers de la cornée ; il n'y a pas de perforation. Le malade ne dort pas depuis plusieurs jours, éprouvant des douleurs ciliaires très vives. Il existe de la photophobie et une injection périkeratique très marquée. L'on prescrit les instillations d'un collyre à l'ésérine quatre fois par jour, des lotions chaudes, etc., et l'on pratique une cautérisation de tout le fond de l'ulcération. L'amélioration se produit très rapidement, le surlendemain le tiers de l'ulcération était cicatrisé, la photophobie et les douleurs avaient presque complètement cessé et le malade avait pu dormir. L'on continue le collyre à l'ésérine et l'on renouvelle les cautérisations ignées de deux jours en deux jours. A la quatrième cautérisation le malade est guéri. Afin d'éviter des synéchies postérieures ou rompre celles qui auraient pu se produire par suite de l'emploi de l'ésérine, l'on instille un collyre à l'atropine. Cette ulcération serpigineuse marginale avait mis huit jours à envahir les deux tiers de la cornée. Un an après, M. L..., se présente de nouveau à la Clinique, l'œil gauche était pris à son tour de la même façon. Mais cette fois-ci le phagédénisme avait été plus rapide que précédemment, car l'ulcération avait pris des proportions considérables au bout de deux jours. On institue le même traitement (ésérine, lotions chaudes et cautérisations ignées) et la guérison fut obtenue aussi rapidement. M. L... a été revu il y a trois mois, il ne reste pas de trace de l'affection. D'après des cas observés antérieurement l'on peut affirmer que sans ce traite-

ment, l'ulcération eût fait complètement le tour de la cornée et que cette dernière eût été détachée.

Obs. V. — M. X..., d'Orsay, âgé de 67 ans, est envoyé à la Clinique de M. Dehenne par le docteur Debord, d'Orsay, au mois de mars 1889. Il a subi un traumatisme à l'œil droit et présente une kératite ulcéro-phagédénique centrale avec hypopyon ; le fond de l'ulcération est également rempli de pus. Il existe des douleurs vives et l'on constate de la dacryocystite. L'accident remonte à quatre jours et depuis cette époque le malade n'a pu dormir. L'on commence par pratiquer l'ouverture des points lacrymaux et l'on fait des lavages boriqués, l'on nettoie également les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de sublimé. Puis l'on cautérise à fond l'ulcère et l'on prescrit l'ésérine. Le lendemain une grande amélioration s'est produite, le malade a pu dormir et la cornée infiltrée a repris sa transparence. On pratique les cautérisations quatre jours de suite puis le malade retourne à la campagne. Il revient au bout de trois jours ; l'ulcération est cicatrisée, le malade n'a plus souffert. L'on fait de nouveaux lavages et l'on continue l'ésérine. Dix jours après la cornée étant complètement cicatrisée et le malade hors de danger, l'on remplace l'ésérine par l'atropine. Le malade vu deux mois après ne présente qu'un petit leucôme superficiel qui disparaît peu à peu. Dans le cas où il ne disparaîtrait pas complètement, l'on ne serait pas obligé de pratiquer d'iridectomie, car, n'étant pas central, il ne gêne en rien la vision.

Obs. VI. — M. X... de Lieusaint, âgé de 72 ans, vient dans le courant de mai 1889, porteur d'un ulcère traumatique de l'œil gauche avec hypopyon. L'on prescrit des instillations d'ésérine et des lotions chaudes et l'on pratique la cautérisation ignée de l'ulcération. Comme au bout de deux jours la détente n'était pas très marquée, en même temps que la

cautérisation, l'on fait avec la pointe fine du thermo-cautère une ponction dans la chambre antérieure. La chambre antérieure se vide aussitôt et le pus s'écoule. Le lendemain la chambre antérieure s'était reformée, la cornée avait repris presque complètement sa transparence et aujourd'hui le malade est guéri.

L'on voit, par cette observation, que, outre la cautérisation ignée de l'ulcération, l'on a été obligé de pratiquer une ponction pour amener un résultat favorable.

Obs. VII. — M^{me} B .., de Bougival, âgée de 45 ans, arrive à la Clinique au mois de mars 1889. Elle présente une infiltration presque complète de la cornée droite. Quinze jours auparavant elle avait reçu un corps étranger dans l'œil. Un chirurgien pratiqua l'extraction du corps étranger, mais il négligea de s'assurer de l'état des voies lacrymales. Le lendemain de l'extraction la malade éprouve des douleurs violentes, elle ne peut plus voir, son œil est très rouge. Quand elle arrive à la consultation, l'on constate une dacryocystite, et, en pressant sur la région du sac, l'on fait sortir un flot de pus. Il existe une ulcération phagédénique occupant le tiers interne de la cornée. L'on instille le collyre à l'ésérine, des lotions chaudes sont prescrites et l'on pratique une cautérisation ignée. Mais l'on s'occupe surtout de soigner les voies lacrymales en faisant le débridement des points lacrymaux et en instituant des lavages antiseptiques. Au bout de quelques jours, la malade fut guérie. Mais comme le tiers de la surface cornéenne était pris et qu'il y avait adhérence de l'iris, une iridectomie optique fut pratiquée.

L'on voit par ce cas que l'affection a été entretenue et même aggravée par l'état des voies lacrymales. Aussi dans les cas de traumatisme de l'œil, il faut toujours s'assurer s'il n'existe pas en même temps de la dacryocystite, ce qui n'avait pas été fait tout d'abord dans l'observation ci-dessus.

CONCLUSIONS

Toutes les kératites sont justiciables du traitement chirurgical.

Le tableau ci-dessous résume le traitement des trois grandes classes de kératites que nous avons indiquées.

A. KÉRATITES SUPERFICIELLES

Traitement local....	{	Médical...	{	Instillations d'ésérine.
				Lotions d'eau de camomille chaude.
	{		{	Lunettes fumées (cocaïne).
				Traitement antiseptique des voies lacrymales, fosses nasales, culs-de-sacs conjonctivaux.
	{	Chirurgical.		Cautérisations au moyen de la pointe fine du thermo-cautère.
Traitement général..	{		{	Hygiène.
				Huile de foie de morue (Morrhuel).
				Sirop antiscorbutique.
				Vin de Malaga avec poudre d'ipéca.
	{			Promenades et exercices au grand air.

B. KÉRATITES SUPERFICIELLES

Traitement local....	{	Médical...	{	Instillations d'atropine.
				Lotions d'eau de camomille chaude.
	{		{	Lunettes fumées (cocaïne).
				Frictions avec pommade hydrargirique.
	{	Chirurgical.		Iridectomie (surtout chez les adultes).

Traitement général..	{	Sirop de Gibert.
	{	Iodure de potassium..
	{	Frictions mercurielles.
	{	Huile de foie de morue.
	{	Hygiène.
	{	Promenades et exercices au grand air.

C. KÉRATITES ULCÉREUSES

Traitement local....	{	Médical... {	Instillations d'ésérine.
			Lotions d'eau de camomille chaude.
			Lavages antiseptiques et soin des
			voies lacrymales.
	{	Chirurgical.	Cautérisations avec la pointe fine
			du thermo-cautère.
Traitement général..	{	Hygiène.	
	{	Huile de foie de morue.	
	{	Sirop antiscorbutique.	
	{	Exercices et promenades.	

BIBLIOGRAPHIE

- Abd-el-Kader-ben-Henni-Jean-Lin. — *Kératites à hypopyon.* (Th. Paris, 1888.)
- Gurol. — *De la paracentèse de la chambre antérieure dans le traitement de l'hypopyon.* (Th. Paris, 1872.)
- Coppens. — *Kératite interstitielle, iridectomie.* (Th. Paris, 1884.)
- Courserant. — *Du traitement de la kératite phlycténulaire par la cautérisation ignée.* (*Journ. des Connais. médic.*, 1879, p. 116.)
- Dehenne. — *De la kératite des moissonneurs.* (*Gaz. Hop.*, 1880.)
- *Emploi thérapeutique de l'ésérine.* (*Gaz. d'oph.*, juin 1881.)
- *Considérations sur les traumatismes oculaires.*
- *Traitement des kératites.* (*Union médicale*, 1883.)
- *Traitement chirurgical de la kératite interstitielle.* (*Union médicale*, décembre 1883.)
- *Traitement de la kératite ulcéro-phagédénique.* (*Union médicale*, 1883.)
- Delsol. — *Cautérisation ignée de la cornée.* (Th. Paris, 1881.)
- Fromond. — *Traitement par le feu de certaines affections de la cornée.* (Th. Paris, 1887.)
- Gayet. — *Cautérisation ignée de la cornée.* (*Soc. de chir.*, 24 janvier 1877.)
- Gélis. — *Contribution à l'étude de l'ésérine dans les abcès et les ulcères de la cornée.* (Th. Paris, 1879.)
- Lavergne. — *Kératite interstitielle.* (Th. Paris, 1887.)
- Martin. — *Sur la kératite des moissonneurs.* (*Ann. d'ocul.*, 1879, p. 52.)

- Martinache. — *De l'emploi du cautère actuel dans les maladies des yeux et principalement dans les ulcères de la cornée.* (*Ann. d'oculistiq.*, t. XXX, 1878, p. 31.)
- Meyer. — *Traité pratique des maladies des yeux.*
- Panas. — *Leçons sur les kératites.*
- Passerat. — *Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée.* (Th. Paris, 1877.)
- Robin. — *Kératites phlycténulaires marginales.* (Thèse de Paris, 1882.)
- Sikora. — *Etude critique sur le traitement de l'ulcère rongéant de la cornée.* (Th. Paris, 1879.)
- Thau. — *Emploi thérapeutique de l'ésérine.* (*Rec. d'oph.*, octobre 1881.)
- Vagnat. — *De la kératite suppurée.* (Th. Paris, 1879.)
- Valude. — *Des ulcères de la cornée avec hypopyon chez les enfants.* (Th. Paris, 1879.)
- De Wecker. — *Traité complet d'ophtalmologie.*
-

Vu : Le Président de Thèse :
GERMAIN SÉE.

Vu le doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
CHAP. I ^{er} . — Anatomie de la cornée.....	8
CHAP. II. — Des kératites.....	12
CHAP. III. — Kératites superficielles.....	16
— Kératite phlycténulaire.....	17
— Kératite en bandelettes.....	23
CHAP. IV. — Résumé du traitement des kératites superficielles.....	25
CHAP. V. — Observations.....	26
CHAP. VI. — Kératites interstitielles.....	29
— Kératite hérédo-syphilitique.....	29
CHAP. VII. — Résumé du traitement des kératites interstitielles.....	36
CHAP. VIII. — Observations.....	37
CHAP. IX. — Kératites ulcéreuses.....	42
— Kératite ulcéro-serpiginieuse non traumatique.....	42
— Kératite ulcéreuse non traumatique.....	43
— Kératite ulcéro-phagédénique traumatique.....	44
CHAP. X. — Résumé du traitement des kératites ulcéreuses.....	54
CHAP. XI. — Observations.....	55
CONCLUSIONS.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63

